

УДК 616.345-089

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И.В. Иоффе, Ю.А. Хунов, Н.А. Шор, И.В. Андреева, В.П. Левина,
И.И. Зеленый, В.И. Жаданов

Луганский государственный медицинский университет

Реферат. Проведен анализ 65 случаев лечения острой непроходимости кишечника при раке толстой кишки. У большинства пациентов (63,08 %) причиной острой кишечной непроходимости была стенозирующая опухоль ректо-сигмоидного отдела. На втором месте по локализации процесса были опухоли слепой кишки (16,92 %), реже встречались опухоли восходящей и нисходящей ободочной кишок. Наиболее редкой локализацией опухолевого процесса была поперечная ободочная кишка – 2 (3,08 %). При опухолях ректо-сигмоидного отдела кишечника стремились выполнять операцию Гартмана, при опухолях правой половины толстой кишки – правостороннюю гемиколэктомию, левой половины – левостороннюю гемиколэктомию, поперечной ободочной кишки – резекцию ее с опухолью. Летальность составила 18,46 %.

Ключевые слова: рак толстой кишки, острая кишечная непроходимость.

В последние годы наблюдается увеличение заболеваемости раком толстой кишки [1; 5]. Особую актуальность эта проблема приобретает в связи с преобладанием осложненных и терминальных форм заболевания, особенно острой кишечной непроходимости (ОКН), которые все чаще встречаются в неотложной хирургической практике [3; 4]. По данным отдельных авторов, количество осложненных форм заболевания достигает 70 % [5]. Характерных признаков, на основании которых можно было бы поставить диагноз рака толстой кишки на ранней стадии заболевания, не существует [2; 5]. Клиническая картина рака толстой кишки зависит от локализации опухоли [5].

Поэтому **целью** настоящего исследования явились анализ случаев острой опухолевой толстокишечной непроходимости и уточнение вопросов диагностики и хирургической тактики при этой патологии.

Материал и методы

Под наблюдением находились 65 больных острой непроходимостью кишечника при раке толстой кишки за 5 лет. Изучены непосредственные результаты лечения больных, на основании которых уточнены особенности клинической картины и хирургической тактики при различных вариантах локализации и степени выраженности процесса, наличии осложнений (распространенные или местные фор-

мы перитонита, спаечная болезнь и др.). Полученные данные обработаны методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Из 65 больных, поступивших в ургентном порядке с клиникой острой толстокишечной непроходимости, было 42 (64,62 %) мужчин и 23 (35,38 %) женщин. Средний возраст больных составил $54,7 \pm 5,1$ лет. С длительностью заболевания до 24 ч поступило 26 (40 %), от 24 до 72 ч – 29 (44,62 %), свыше 72 ч – 10 (15,38 %) человек. Состояние при поступлении было расценено как средней тяжести у 7 (10,77 %), тяжелой – у 47 (72,31 %) и крайне тяжелой – у 11 (16,92 %) больных.

Основной сопутствующей патологией были сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца с диффузным кардиосклерозом, атеросклероз сосудов головного мозга с хроническим нарушением мозгового кровообращения и дисциркуляторной энцефалопатией, гипертоническая болезнь).

Основными клиническими признаками были: вздутие живота, задержка (или затруднение) стула и газов, схваткообразные боли (43 больных). У 26 больных отмечалась тошнота, многократная рвота и напряжение мышц передней брюшной стенки. Этим проявлениям у 29 больных предшествовал синдром «малых признаков»: периодические запоры, потеря в весе, отсутствие аппетита, быстрая утомляемость.

Всем больным при поступлении выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости. При этом определяли раздутые петли кишечника и у ряда больных наличие чаш Клойбера. У пациентов с опухолями ректо-сигмоидного отдела при исследовании *per rectum* находили раздутую, не содержащую кала прямую кишку.

В последние годы для ранней диагностики острой кишечной непроходимости в клинике широко применяли ультразвуковое исследование брюшной полости на ультразвуковом сканере SLE 101 PC с датчиком 3,5 МГц. Признаками кишечной непроходимости считали

наличие раздутых газом петель кишечника, утолщение керкринговых складок и увеличение расстояния между ними, симптомы возвратно-поступательных движений кишечного содержимого, отсутствие перистальтики дистальнее препятствия. В 18 случаях удавалось визуализировать опухолевидное образование и наличие свободной жидкости в полости брюшины.

Ультразвуковое исследование позволило во многих случаях диагностировать наличие острой кишечной непроходимости до рентгенологического исследования. Сочетание клинических признаков, рентгенологических и ультразвуковых данных позволило установить правильный диагноз до операции у 47 (72,31 %) больных.

Всем пациентам проводили стандартную предоперационную подготовку. В случае частичной кишечной непроходимости пациентам выполняли динамическое рентгенографическое исследование с сульфатом бария для дифференциальной диагностики опухолевой и спаечной непроходимости. При пальпируемом в нижних отделах живота опухолевидном образовании или обнаружении последнего *per rectum*, производили ректороманоскопию или ирригографию.

Показанием к срочной лапаротомии считали отсутствие эффекта от консервативной терапии, невозможность провести тонкую трубку выше препятствия, наличие признаков перитонита. Операцию производили под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких.

Локализация опухоли у больных с толстокишечной непроходимостью представлена в таблице 1. У большинства пациентов (63,08 %) причиной острой кишечной непроходимости была стенозирующая опухоль ректо-сигмоидного отдела.

На втором месте по локализации процесса

были опухоли слепой кишки (16,92 %), реже встречались опухоли восходящей и нисходящей ободочной кишок. Наиболее редкой локализацией опухолевого процесса была поперечная ободочная кишка – 2 (3,08 %). У 3 (4,62 %) пациентов выявлен первично-множественный рак, из них в 2 случаях наблюдали сочетание рака слепой кишки и рака желудка, у 1 – поперечной ободочной кишки и тела матки.

Рецидив опухоли толстой кишки после операции Гартмана обнаружен в 2 (3,08 %) случаях. Выраженный спаечный процесс в брюшной полости выявлен в 3 (4,62 %) случаях, карциноматоз брюшины – в 3 (4,62 %) случаях, асцит в результате печеночной недостаточности и портальной гипертензии – в 1 (1,54 %) случае.

С распадом и перфорацией опухоли на фоне острой кишечной непроходимости было 13 (20 %) пациентов, из них распространенные формы перитонита выявлены у 7 (53,85 %), местный неограниченный перитонит – у 4 (30,77 %), абсцессы брюшной полости – у 2 (15,38 %).

Острые язвы тонкой кишки с перфорацией на фоне острой кишечной непроходимости и послужили причиной фибринозно-гнойного перитонита у 2 (3,08 %) пациентов, это потребовало повторного оперативного вмешательства.

Характер оперативных вмешательств при острой толстокишечной непроходимости представлен в таблице 2.

Как видно из данных таблицы 2, при опухолях левой половины толстой кишки стремились выполнять операцию Гартмана (27 человек), левостороннюю гемиколэктомию (4), резекцию сигмовидной кишки (2). При опухолях правой половины толстой кишки удалось выполнить правостороннюю гемиколэктомию (4), а в остальных случаях выполнены паллиативные операции – илеотрансверзостомию (4), цекостомия (2), *anus praeternaturalis* (2). При ло-

Локализация опухоли у больных с толстокишечной непроходимостью

Таблица 1

Локализация опухоли	Количество больных	
	Абсолютное число	%
Ректо-сигмоидный отдел	41	63,08
Слепая кишка	11	16,92
Восходящая ободочная кишка	6	9,23
Нисходящая ободочная кишка	5	7,69
Поперечная ободочная кишка	2	3,08
ВСЕГО	65	100

Таблиця 2

Характер оперативних втручань при гострій толстокишечній непрохідності

Вид оперативного втручання	Кількість хворих	
	Абсолютне число	%
Операція Гартмана	27	41,54
Правостороння геміколектомія	12	18,46
Левостороння геміколектомія	4	6,15
Илеотрансверзоанастомоз (без видалення опухолі)	4	6,15
Трансверзостомія (без видалення опухолі)	3	4,62
Резекція сигмовидної ободочної кишки + сигмостомія	2	3,08
Резекція поперечної ободочної кишки з опухоллю	2	3,08
Цекостомія (без видалення опухолі)	2	3,08
Ушивання гострих язв тонкої кишки (без видалення опухолі)	2	3,08
Правостороння геміколектомія + гастректомія	2	3,08
Anus praeternaturalis (без видалення опухолі)	2	3,08
Толсто-толстокишечний анастомоз (без видалення опухолі)	1	1,54
Резекція поперечної ободочної кишки з опухоллю + екстирпація матки з придатками	1	1,54
ВСЕГО	65	100

калізації ракового процесу в області поперечної ободочної кишки виконували її резекцію з опухоллю і виведення двох стом.

Таким чином, у 51 (78,46 %) хворого вдалося ліквідувати ОКН і випадення двох стом виконати умовно радикальні операції, а у 14 (21,54 %) – операції носили паліативний характер і були направлені на ліквідацію ОКН.

У 7 пацієнтів з розповсюдженими формами перитоніту виконували ретельну санацію і дренирування брюшної порожнини, інтубацію кишечника. Ведення хворих з перитонітом методом лапаростомії виконано у 3 (4,62 %). При наявності абсцесів брюшної порожнини проводили їх відкриття і дренирування.

Летальність складала 12 осіб (18,46 %).

В и в о д ы

1. Гостра кишечна непрохідність, обумовлена в основному опухольми лівої половини товстої кишки, в нинішній час зустрічається часто.

2. Діагностика гострої толстокишечної непрохідності може представляти труднощі в зв'язі з розташуванням опухолі і наявністю різноманітних ускладнень. Важливе значення в діагностиці має ультразвукове дослід-

ування брюшної порожнини.

3. Характер оперативного втручання залежить від локалізації, наявності ускладнень. Основним оперативним засобом повинні бути ліквідація непрохідності і по можливості видалення ураженого ділянки кишки разом з опухоллю.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРІЙ ТОВСТОКИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

І.В. Іоффе, Ю.А. Хунов, Н.А. Шор, І.В. Андрєєва, В.П. Левіна, І.І. Зельоний, В.І. Жаданов

Реферат. Проведений аналіз 65 випадків лікування гострої непрохідності кишечника при раці товстої кишки. У більшості пацієнтів (63,08 %) причиною гострої кишечної непрохідності була стенозуюча пухлина ректо-сигмоїдної ділянки. На другому місці за локалізацією процесу були пухлини сліпої кишки (16,92 %), рідше зустрічалися пухлини висхідної та нисхідної ободової кишківки. Найбільш рідко локалізацією опухолевого процесу була поперечна ободова кишка – 2 (3,08 %). При пухлинах ректо-сигмоїдної ділянки виконували операцію Гартмана, при пухлинах правої половини товстої кишки – правосторонню геміколектомію, лівої половини – лівосторонню геміколектомію, поперечної ободової кишки – резекцію її з пухлиною. Летальність складала 18,46 %.

Ключові слова: рак товстої кишки, гостра кишечна непрохідність.

THE PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND SURGICAL TACTICS IN ACUTE COLON ILEUS

I.V. Ioffe, Yu.A. Chunov, N.A. Shor, I.V. Andreeva, V.P. Levina, I.I. Zeleniy, V.I. Zhadanov

Abstract. The analysis of 65 cases of acute colon ileus in patients with tumor of the colon was revealed. The cause of the acute colon ileus were tumor of recto-sigmoid area (63.08 %), caecum (16.92 %), ascendant, descendent and transversal colon. We made Hartman operation for tumor of recto-sigmoid area, right-side hemicolectomy for tumor of right side of the colon, left-side hemicolectomy for tumor of left side of the colon and resection of the colon with tumor for transversal colon. The mortality was 18.46 %.

Key words: tumor of the colon, acute colon ileus.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь Г.В., Башеев Г.В., Псарас Г.Г. Современные аспекты лечения рака толстой кишки, осложненного непроходимостью кишечника. Часть I. Классификация, хирургическая тактика, результаты лечения // Клінічна хірургія. – 2000.–№ 8. – С. 48 – 49.
2. Деякі аспекти лікування зовнішніх шлунково-кишкових норниць / Шуляренко В.А., Бондаренко М.Д., Шуляренко О.В., Шило В.Т. // Хірургія України. – 2003.– №4 (8). – С. 120 – 121.
3. Ковальчук В.С., Васильченко В.Г., Койко М.А. Лечение больных с острой непроходимостью толстой кишки опухолевого генеза в отделении общехирургического профиля // Клінічна хірургія. – 2000.–№ 2. – С. 46 – 48.
4. Обтурационная непроходимость при раке ободочной кишки / Брискин Б.С., Смаков Г.М., Бородин А.С., Марченко А.Д. // Хирургия. – 1999.–№ 5. – С. 54 – 57., Шалимов А.А., Сенко В.Ф., Хірургія кишечника – к.: Здоров'я, 1977. – 248 с.